Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:.................................................................................................................................................................................................................

Siedziba:.....................................................kod...................................ul..............................................................................................................

Województwo:...................................................................

Nr telefonu/fax:....................................................................................................................................................................................................

http:// ..................................................... e-mail..................................................................................................................................................

NIP:..................................................REGON..........................................................................................................................................................

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*\*

## Zobowiązania Wykonawcy:

* + 1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę wyrobów medycznych dla Apteki – 2 grupy,** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi – zał. nr 3/…………. za cenę brutto:

|  |  |
| --- | --- |
|  Grupa 1 | ………………………………………………………………………………………………………..Słownie …………………………………………………………………………………………..zł  |
|  Grupa 2 | …………………………………………………………………………………………………………Słownie …………………………………………………………………………………………..zł |

 2.Wykonawca oświadcza że u Zamawiającego:

Dla grupy I - tworzy/nie tworzy skład depozytowy \*\*

Dla grupy II - tworzy/nie tworzy skład depozytowy \*\*

 3. Oświadczamy, że termin płatności za dostarczony towar wynosi ……… dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

 4. Wykonawca gwarantuje niezmienność cen jednostkowych netto podanych w ofercie przez okres ………..(wymagane min. 12 miesięcy).

5. Oświadczamy, oferowane wyroby medyczne będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.

6. Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać do czasu wyczerpania ilości produktów określonych w załączniku nr 3/………… do specyfikacji,
 nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące, począwszy od dnia zawarcia umowy.

7. Oświadczamy, że dostarczymy towar do siedziby Zamawiającego własnym transportem, na własny koszt i ryzyko w terminie ……….(max. 3 dni
 roboczych) od daty przyjęcia zamówienia (fax, e-mail).

 8. Zobowiązujemy się do bezpłatnego udostępnienia instrumentarium dostosowanego do wykonywania zabiegów w okresie trwania umowy.

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że
 zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

10. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

11. Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w
 ustawie o wyrobach medycznych.

12. Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania
 naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

13. Oświadczamy, że dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom
 i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*\*(niepotrzebne skreślić):

 Część zamówienia: .....................................................................................................................................
 Nazwa (firma) podwykonawcy: ...................................................................................................................

 *\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy*

14. Oświadczamy, że wybór naszej oferty:

* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

**\*\*)** zaznaczyć właściwe

**15. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

................................................................................................. zał. nr...................

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

................................................................................................................................

**15. Dane do umowy:**

|  |
| --- |
| Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko |   |
|  |   |
|  |   |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu / e-mail |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |  |  |
| Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcy |
| Nazwa i adres banku |   |
|   |   |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach …………………………….. oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.
\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.

\*\*) niepotrzebne skreślić

……................., dnia …………… ………………………………………………………………………………………………..

 ( podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy )